

Medicaid

for Low Income Families



SOBRA

Medicaid

ALL Kids

Insurance



The Alabama

Child Caring

Program



**Su solicitud
para obtener cobertura
de salud gratuita o de
bajo costo**

Estos programas cubren a las familias de bajos ingresos con niños, mujeres embarazadas, niños menores de 19 años y mujeres de 19 a 44 años de edad (sólo para planificación familiar y control de la natalidad).

Sus ingresos y la información acerca de su familia determinarán el programa en que puede participar.

Si necesita una solicitud en español, llame gratis a ALL Kids al teléfono **1-888-373-KIDS (5437)** o a la oficina de Medicaid en Alabama al teléfono **1-800-362-1504**.

¿Recibe Medicaid en otro estado? Sí No Si la respuesta es sí, debe cancelar su Medicaid en ese estado antes de poder inscribirse en Medicaid de Alabama

1. Solicitante: padre, madre o persona encargada del cuidado del/los niño(s) Q una mujer embarazada (los niños deben ser incluidos en la lista de la página 2).

Nombre (s) completo (s)	Número del Seguro Social de los EUA (si lo tiene)
Dirección donde recibe su correo	Teléfono de su casa: () Teléfono donde podamos dejarle mensajes: ()
Dirección de domicilio (calle o dirección localizable por 911) Condado donde vive	Teléfono de su trabajo: () ¿Podemos llamarlo al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código postal (Zip Code)	Otro teléfono: () ¿De quién es el teléfono?
Estado civil: Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/>	¿Qué idioma habla normalmente? inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ ¿Usted u otro miembro de la familia habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. Mujer embarazada. (Proporcione la constancia de un doctor o clínica que confirme que usted está embarazada y la fecha probable del nacimiento).

Nombre	Fecha en que espera dar a luz	Número de bebés en este embarazo
--------	-------------------------------	----------------------------------

3. Gastos médicos pagados o sin pagar. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido gastos médicos (como cuentas médicas, pruebas de laboratorio, etc.) en los últimos 3 meses? Sí No

¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención médica?	¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención médica?
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

4. Seguros de salud: ¿Alguno de los solicitantes tiene seguro de salud (Blue Cross, All Kids, Medicaid, Alabama Child Caring Program, TriCare, Champus, Medicare u otro)? Sí No Si la respuesta es sí, necesitamos una copia de su tarjeta por ambos lados

Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
¿Se le ha vencido algún seguro de salud en los últimos 3 meses ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se le va a vencer algún seguro de salud en los próximos 2 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento de la cobertura: _____ Explique por qué se venció o se va a vencer este seguro y a quiénes afecta: _____ ¿Alguno de los niños, por los cuales está solicitando, reúne las condiciones para obtener el seguro de salud para empleados estatales o del sistema escolar público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____					

FOR MEDICAID USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE MEDICAID

ALL Kids Date Rec'd _____	Medicaid Date Rec'd _____	ACCF Date Rec'd _____
Date Accepted _____	Date Accepted _____	Date Accepted _____

9. **Padrastros.** ¿Hay algún padrastro o madrastra viviendo en la casa? Sí No

Si la respuesta es sí, _____ es el padrastro/ la madrastra de _____	Nombre del padrastro/madrastra	Nombre del (los) niño(s)
_____ es el padrastro/ la madrastra de _____	Nombre del padrastro/madrastra	Nombre del (los) niño(s)

10. **Si las personas que viven en su casa no tienen ninguna fuente de ingresos, marque aquí _____.**

11. **Sus ingresos por trabajo y el de sus familiares que viven en la casa:** Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de su sueldo bruto (antes de las retenciones, tales como impuestos, jubilación, primas de Medicare, descuentos, etc.). Puede enviar las copias de los talonarios de cheques o una declaración por escrito firmada por su empleador del mes más reciente.

NOTA: Sólo se toman en consideración los ingresos del padre o la madre con custodia legal del niño para el cual se está solicitando.

Nombre de la persona que trabaja	Número de horas que trabaja cada semana	Pago por hora	Día de la semana en que le pagan (lunes [M]) (martes [Tu]) (miércoles [W]) (jueves [Th]) (viernes [F])	¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente (weekly) Cada dos semanas (every two weeks) Dos veces al mes (twice a month) Otro [especifique] (other [specify])	Salario bruto (antes de las retenciones) incluidas las propinas	Nombre, dirección y teléfono de la persona o compañía en la que usted trabaja

¿Trabaja usted por cuenta propia? Sí No Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule C.

¿Recibe ingresos por agricultura o ganadería? Sí No Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule E.

12. **Servicio de guardería o asistencia.** Si usted trabaja, ¿alguna persona de la casa paga por el cuidado prestado durante el día a un niño o un adulto discapacitado que vive en casa? Sí No

Nombre de la persona que paga por dicha atención.	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga?	Nombre y edad de la(s) persona(s) que recibe(n) la atención

13. Otros ingresos: Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de ingresos como una carta de adjudicación de beneficios, una copia de un cheque o una declaración por parte de la fuente de los ingresos.

Díganos si usted o algún miembro de la familia recibe otros ingresos de las fuentes enumeradas en la siguiente lista.

Para pensiones de manutención, escriba el nombre del niño por quien se recibe el pago.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Seguro Social de los EUA (incluya la prima de Medicare) | 8. Pensión privada | otros) | 21. Otro: Especifique: _____ |
| 2. Suplemento SSI (cheque dorado) | 9. Beneficios de mineros | 14. Indemnización por desempleo | 22. Otro: Especifique: _____ |
| 3. Asistencia pública (Welfare) | 10. Beneficios por enfermedad de <i>Black Lung</i> | 15. Anualidad o ingresos del seguro | 23. Acuerdos judiciales |
| 4. Jubilación de la empresa de ferrocarriles | 11. Contribuciones en efectivo (de parientes, otros) | 16. Pago del gobierno por terrenos | 24. Salario de talleres para readaptación de discapacitados (Sheltered Workshop Earnings) |
| 5. Beneficios de veteranos, pensiones, indemnización o seguro | 12. Ingresos por arrendamientos (terrenos, edificios u hospedaje) | 17. Derechos de carbón, petróleo, grava y arrendamiento de madera | 25. Pagos únicos como beneficiario de un acuerdo |
| 6. Anualidad Federal del Servicio Civil | 13. Préstamos personales (de parientes, | 18. Regalías | 26. Dividendos |
| 7. Jubilación o pensión estatal | | 19. Pensión de manutención | 27. Becas o préstamos escolares |
| | | 20. Intereses de sus ahorros | |

Nombre de la persona que recibe los pagos	Tipo de pago (vea arriba)	Ingresos brutos (antes de las retenciones)	¿Cada cuánto recibe los pagos?

For ALL Kids Use Only / Para uso exclusivo de ALL Kids					
Screen ck	All Kids ck	MCD ck	LF/NF ck	Fee pd ck	Date wk
For Medicaid Use Only					
ID# _____	ID# _____	ID# _____	ID# _____		

Esta página de Medicaid es sólo para el programa Medicaid for Low Income Families (MLIF).

Si usted no desea solicitar MLIF para usted mismo, deje esta página en blanco.

El programa de Medicaid para las familias de bajos recursos (MLIF) es para familias de ingresos extremadamente bajos. MLIF permite que un adulto se incluya en Medicaid; sin embargo, este programa exige información sobre los padres ausentes. Si desea solicitar MLIF para usted mismo, debe darnos la información sobre el padre ausente en el formulario de abajo. Así, Medicaid puede transmitirle un pedido de sustento médico a la Child Support Enforcement Unit, Department of Human Resources, DHR (unidad del Departamento de Recursos Humanos encargada de hacer cumplir el pago de pensiones de manutención).

Si está solicitando MLIF y hay un niño en su casa cuyo(s) padre(s) no viven en el hogar, debe completar la información de abajo sobre cada uno de los padres que no viva en el hogar, a menos que pueda darle a Medicaid una razón válida para no hacerlo. Una razón puede ser que el niño fue concebido por violación o incesto o que el cooperar o proporcionar la información podría perjudicar o hacerle daño a usted, a su familia o a sus hijos. Si no desea solicitar MLIF, no desea completar el formulario de información sobre el padre o madre ausente o no quiere cooperar con la Child Support Enforcement Unit, Department of Human Resources, DHR, su(s) niño(s) podrían de todos modos reunir los requisitos para Medicaid.

¿Cooperará usted con la Child Support Unit para el cumplimiento del sustento médico? Sí No

Si piensa que tiene una razón válida para no cooperar, marque aquí _____.

¿Desea solicitar MLIF? Sí No

Sólo para MLIF, complete los datos con toda la información que tenga sobre cada niño cuyo padre, madre o ambos padres no vivan en el hogar.

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Si necesita más espacio, incluya hojas adicionales.

